

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SALUD <small>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E</small>	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E</b>		 <b>BOGOTÁ</b>
	<b>INFORME EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y/O REPORTE DE LEY</b>	<b>GP-GPA-FT-02 V1</b>	

<b>NOMBRE DEL INFORME:</b>	AUDITORIA COMPONENTES: HUMANIZACIÓN Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (EVENTOS ADVERSOS).
----------------------------	--

## CONTENIDO DEL INFORME

1. **PERIODO DE EJECUCIÓN:** Julio – Septiembre 2021
2. **OBJETIVO:** Detectar brechas que impidan la meta establecida por la entidad en relación al proceso de acreditación, Mediante la evaluación a las actividades desarrolladas por los componentes Seguridad del Paciente (eventos adversos) y Humanización.
3. **ALCANCE:** Desde el estudio de los lineamientos establecidos: (Normatividad vigente, documentación establecida por el proceso y criterios definidos en el Manual de Acreditación en salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia, hasta la verificación de su implementación en la entidad.
4. **EQUIPO AUDITOR**  
 Jefe de Oficina – Nidia Fernanda Rodríguez Salcedo  
 Profesional Especializado – María Terán
5. **METODOLOGÍA**
  - Revisión de la documentación que los componentes Seguridad del Paciente y Humanización tienen publicada en la intranet.
  - Estudio de lineamientos normativos correspondientes.
  - Análisis de la documentación solicitada y aportada por el proceso
  - Visita de campo a las unidades seleccionadas (Meissen y Tunal) Aplicación de listas de chequeo y encuestas a usuarios frente a los componentes objeto de auditoría.
  - Elaboración de informe preliminar y envío del mismo al subproceso auditado para planteamiento de observaciones
  - Envío de informe final de auditoría y oficio con programación de reunión para cierre de auditoría.
  - Revisión de plan de mejoramiento aportado por el proceso y matrícula en sistema utilitario
6. **MARCO NORMATIVO - CRITERIOS DE EVALUACIÓN**
  - Manual Único de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia
  - Lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.
  - Resolución 3100 del 25 de Noviembre de 2019, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de los prestadores de los servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud.
  - Guía Técnica de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud del Ministerio de la Protección Social.
  - Política Institucional de Seguridad del Paciente.
  - Política Institucional de Humanización.
  - Documentos publicados en la intranet.
  - Mapa de Riesgos Institucional
  - Plan Operativo Anual 2021

A partir de la metodología descrita se procede a revisar la documentación aportada por el proceso, la publicada en la intranet y la información recolectada durante los recorridos efectuados a las sedes seleccionadas para el desarrollo de actividades de verificación.

**COMPONENTE HUMANIZACIÓN**

**1. TABLERO INDICADORES HUMANIZACION**

- En el tablero de indicadores de humanización se evidencia cumplimiento del 100% de la meta establecida para el nombre del indicador: “Cobertura de personas capacitadas en el programa de Humanización y política de humanización” sin embargo el número de colaboradores proyectados no corresponde al 85% establecido en la meta de la política.
- Ajuste de la proyección de colaboradores a capacitar: Teniendo en cuenta que la entidad tiene a junio 30 en personal de planta de 767 y 4467 contratos activos (*base talento humano y oficina de contratación*), para un total de (5234), por tanto, el número de colaboradores a capacitar debe ser 4448 que corresponde al 85% de la meta establecida. por lo que el número promedio de convocados al mes debe corresponder a 370 colaboradores y basados en este número establecer el porcentaje de cumplimiento por el proceso.
- El cumplimiento de la meta a la fecha junio 30 es de 1032 colaboradores para un total de 46%, de personal capacitado, faltando por capacitar 1202 colaboradores, lo que corresponde a un incumplimiento del 54% de la meta establecida para el primer semestre.
- Para el primer trimestre 2021, en el tablero de control y soportes aportados no se evidencia evaluación de cumplimiento para el indicador: “Adherencia al programa y política de Humanización”. (dejar explicación).

TABLERO INDICADORES HUMANIZACION									
LINEA	META PROCESO	ACTIVIDADES A DESARROLLAR POR EL PROCESO.	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	NUMERAL	ENE	FEB	MAR	I TRIM
	<p>1. (LA META ESTABLECIDA EN LA POLITICA ES LOGRAR QUE EL 85% DE LOS COLABORADORES ESTEN CAPACITADOS EN TEMAS COMO: PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN Y POLITICA DE HUMANIZACIÓN).</p> <p>2. CUMPLIR CON EL 85% DE ADHERENCIA DEL PROGRAMA Y POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN.</p>				RESULTADO	100%	100%	100%	100%
		Evaluaciones de las capacitaciones y sensibilizaciones en los servicios	Adherencia al programa y política de Humanización	Número de ítems con cumplimiento de criterios de evaluación / Total de ítems	NUM				NO SE CUENTA EVALUACIÓN DEL INDICADOR PARA EL PRIMER TRIMESTRE
					RESULTADO				
					NUM	27	35	56	118

- Para el segundo trimestre en la evaluación del indicador arriba relacionado se encuentra que el número de ítems o post test aplicados no concuerda con el número de personas capacitadas.

TABLERO INDICADORES HUMANIZACIÓN									
META PROCESO	ACTIVIDADES A DESARROLLAR POR EL PROCESO.	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ABRIL	MAY	JUN	II TRIM	JUL	AGO
1. (LA META ESTABLECIDA EN LA POLITICA ES LOGRAR QUE EL 85% DE LOS COLABORADORES ESTEN CAPACITADOS EN TEMAS COMO: PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN Y POLITICA DE HUMANIZACIÓN).	Personas capacitadas en habilidades blandas (cliente interno y externo) INDUCCIÓN Y RENDUCCIÓN	Cobertura de personas capacitadas en el programa de humanización y la política de humanización	Número de personas capacitadas en el periodo / Número de personas proyectadas para la capacitación *100	82	142	254	478	EL NUMERO DE PERSONAS PROYECTADAS PARA CAPACITAR POR MES NO CORRESPONDE CON EL NUMERO	
				82	142	254	478		
					100%	100%	100%	100%	
	2. CUMPLIR CON EL 85% DE ADHERENCIA DEL PROGRAMA Y POLITICA DE HUMANIZACIÓN.	Evaluaciones de las capacitaciones y sensibilizaciones en los servicios	Adherencia al programa y política de Humanización	Número de ítems con cumplimiento de criterios de evaluación / Total de ítems	89	54	93	236	EL NUMERO DE POSTETS APLICADOS NO CORRESPONDE AL NUMERO DE PERSONAS CAPACITADAS
94					58	107	259		

- Dado que el planteamiento de la meta se direcciona a “Cumplir con el 85% de adherencia del Programa y Política de Humanización”, y teniendo en cuenta que no se está tomando la base del 85% sobre el total de los colaboradores de la subred, puede establecerse incumplimiento a la meta trazada.
- Intervención cliente externo: Para este componente se recibe un soporte de intervención realizada el día 28/06/2021, donde se relaciona a 20 usuarios, a quienes se les realiza cinco preguntas, aquí se evidencia que las diez primeras personas contestan correctamente las preguntas, sin embargo, su puntuación es cero.

1	Marca temporal	Puntuación	FECHA	UNIDAD DONDE PARTICES USTED USUARIO O CEDULA	TELEFONO	QUE ES LA HUMANIZACLA SUB RED DE SERVICEL PROGRAMA DE HUMUN SE
2	6/28/2021 14:35:58	0 / 20	28/06/2021	USS EL TUNAL USUARIO	20408284	3152601960 TODAS AQUELLAS ACC Verdadero
3	6/28/2021 14:43:22	0 / 20	28/06/2021	USS EL TUNAL FAMILIAR - ACOMPAÑAI	79764785	3123113182 TODAS AQUELLAS ACC Verdadero
4	6/28/2021 15:16:57	0 / 20	28/06/2021	USS EL TUNAL USUARIO	35472219	3229016215 TODAS AQUELLAS ACC Verdadero
5	6/29/2021 17:26:04	0 / 20	28/06/2021	USS EL TUNAL USUARIO	35334459	3133890368 TODAS AQUELLAS ACC Verdadero
6	6/29/2021 17:26:31	0 / 20	28/06/2021	USS EL TUNAL USUARIO	35334459	3133890368 TODAS AQUELLAS ACC Verdadero
7	6/29/2021 17:28:33	0 / 20	28/06/2021	USS EL TUNAL USUARIO	23729835	3138096898 TODAS AQUELLAS ACC Verdadero
8	6/29/2021 17:29:37	0 / 20	28/06/2021	USS EL TUNAL FAMILIAR - ACOMPAÑAI	11291327	3227186040 TODAS AQUELLAS ACC Verdadero
9	6/29/2021 17:30:55	0 / 20	28/06/2021	USS EL TUNAL FAMILIAR - ACOMPAÑAI	6096678	TODAS AQUELLAS ACC Verdadero
10	6/29/2021 17:31:57	0 / 20	28/06/2021	USS EL TUNAL USUARIO	51757874	3007493744 TODAS AQUELLAS ACC Verdadero
11	6/29/2021 17:33:12	0 / 20	28/06/2021	USS EL TUNAL USUARIO	51558689	3214854543 TODAS AQUELLAS ACC Verdadero
12	7/12/2021 22:13:33	5 / 20	28/06/2021	USS EL TUNAL FAMILIAR - ACOMPAÑANTE		TODAS AQUELLAS ACC Verdadero
13	7/12/2021 22:14:21	5 / 20	28/06/2021	USS EL TUNAL FAMILIAR - ACOMPAÑANTE		EXIGIR NUESTRO DERE Verdadero
14	7/12/2021 22:15:06	5 / 20	28/06/2021	USS EL TUNAL FAMILIAR - ACOMPAÑANTE		TODAS AQUELLAS ACC Verdadero
15	7/12/2021 22:15:40	5 / 20	28/06/2021	USS EL TUNAL FAMILIAR - ACOMPAÑANTE		TODAS AQUELLAS ACC Verdadero
16	7/12/2021 22:16:17	5 / 20	28/06/2021	USS EL TUNAL USUARIO		TODAS AQUELLAS ACC Verdadero
17	7/12/2021 22:17:02	5 / 20	28/06/2021	USS EL TUNAL USUARIO		EXIGIR NUESTRO DERE Verdadero
18	7/12/2021 22:18:12	5 / 20	28/06/2021	USS EL TUNAL USUARIO		TODAS AQUELLAS ACC Verdadero
19	7/12/2021 22:18:47	5 / 20	28/06/2021	USS EL TUNAL USUARIO		TODAS AQUELLAS ACC Verdadero
20	7/12/2021 22:19:59	5 / 20	28/06/2021	USS EL TUNAL USUARIO		TODAS AQUELLAS ACC Verdadero
21	7/12/2021 22:20:34	5 / 20	28/06/2021	USS EL TUNAL USUARIO		TODAS AQUELLAS ACC Verdadero

- En el mismo soporte se encuentra otro grupo de diez usuarios intervenidos, todos responden correctamente las cinco preguntas efectuadas, respondiendo como verdadero a la pregunta “Un servicio humanizado se caracteriza por tener espacios llenos de ruido y sucios para la atención de pacientes”. Es de anotar que la pregunta fue calificada por el equipo como acertado y calificación final de 5/20. No se evidencia soporte de intervención sobre estos usuarios en los que se les haga caer en cuenta de su error o un análisis de la base por parte del equipo, en caso de se estén presentando fallas humanas.

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Temporal	Puntuación	FECHA	UNIDAD DONDE PARTICES USTED USUARIO O CEDULA	TELEFONO	QUE ES LA HUMANIZACLA SUB RED DE SERVICEL PROGRAMA DE HUMUN SE				
6/28/2021 14:35:58	0 / 20	28/06/2021	USS EL TUNAL USUARIO	20408284	3152601960 TODAS AQUELLAS ACC Verdadero				
6/28/2021 14:43:22	0 / 20	28/06/2021	USS EL TUNAL FAMILIAR - ACOMPAÑAI	79764785	3123113182 TODAS AQUELLAS ACC Verdadero				
6/28/2021 15:16:57	0 / 20	28/06/2021	USS EL TUNAL USUARIO	35472219	3229016215 TODAS AQUELLAS ACC Verdadero				
6/29/2021 17:26:04	0 / 20	28/06/2021	USS EL TUNAL USUARIO	35334459	3133890368 TODAS AQUELLAS ACC Verdadero				
6/29/2021 17:26:31	0 / 20	28/06/2021	USS EL TUNAL USUARIO	35334459	3133890368 TODAS AQUELLAS ACC Verdadero				
6/29/2021 17:28:33	0 / 20	28/06/2021	USS EL TUNAL USUARIO	23729835	3138096898 TODAS AQUELLAS ACC Verdadero				
6/29/2021 17:29:37	0 / 20	28/06/2021	USS EL TUNAL FAMILIAR - ACOMPAÑAI	11291327	3227186040 TODAS AQUELLAS ACC Verdadero				
6/29/2021 17:30:55	0 / 20	28/06/2021	USS EL TUNAL FAMILIAR - ACOMPAÑAI	6096678	TODAS AQUELLAS ACC Verdadero				
6/29/2021 17:31:57	0 / 20	28/06/2021	USS EL TUNAL USUARIO	51757874	3007493744 TODAS AQUELLAS ACC Verdadero				
6/29/2021 17:33:12	0 / 20	28/06/2021	USS EL TUNAL USUARIO	51558689	3214854543 TODAS AQUELLAS ACC Verdadero				
7/12/2021 22:13:33	5 / 20	28/06/2021	USS EL TUNAL FAMILIAR - ACOMPAÑANTE		TODAS AQUELLAS ACC Verdadero				
7/12/2021 22:14:21	5 / 20	28/06/2021	USS EL TUNAL FAMILIAR - ACOMPAÑANTE		EXIGIR NUESTRO DERE Verdadero				
7/12/2021 22:15:06	5 / 20	28/06/2021	USS EL TUNAL FAMILIAR - ACOMPAÑANTE		TODAS AQUELLAS ACC Verdadero				
7/12/2021 22:15:40	5 / 20	28/06/2021	USS EL TUNAL FAMILIAR - ACOMPAÑANTE		TODAS AQUELLAS ACC Verdadero				
7/12/2021 22:16:17	5 / 20	28/06/2021	USS EL TUNAL USUARIO		TODAS AQUELLAS ACC Verdadero				
7/12/2021 22:17:02	5 / 20	28/06/2021	USS EL TUNAL USUARIO		EXIGIR NUESTRO DERE Verdadero				
7/12/2021 22:18:12	5 / 20	28/06/2021	USS EL TUNAL USUARIO		TODAS AQUELLAS ACC Verdadero				
7/12/2021 22:18:47	5 / 20	28/06/2021	USS EL TUNAL USUARIO		TODAS AQUELLAS ACC Verdadero				
7/12/2021 22:19:59	5 / 20	28/06/2021	USS EL TUNAL USUARIO		TODAS AQUELLAS ACC Verdadero				
7/12/2021 22:20:34	5 / 20	28/06/2021	USS EL TUNAL USUARIO		TODAS AQUELLAS ACC Verdadero				

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD <small>Subred Integrada de Servicios          de Salud Sur E.S.E</small>	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E</b>		 <b>BOGOTÁ</b>
	<b>INFORME EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y/O          REPORTE DE LEY</b>	<b>GP-GPA-FT-02 V1</b>	

## 2. PROCEDIMIENTO ESTRATEGIA HUMANIZAR-TE DI-HUM-OD-01 V1

### 2. ALCANCE DE LA ESTRATEGIA:

Humanizar-te espera tener un alcance **en por lo menos un 80%** del talento humano en salud de toda la Subred Sur, en diferentes espacios tanto académicos, como en jornadas de trabajo, sobre los siguientes temas: Saludo, Empatía, Privacidad, Liderazgo, Comunicación Efectiva, Trabajo en Equipo, Sana Convivencia, Servicio Humanizado y Entorno Saludable; lo que permitirá fortalecer las competencias en el trato humanizado y además mejorar la apropiación de conocimiento de los colaboradores frente a los protocolos del programa.

Para el cliente externo el alcance se facilitará por demanda en las áreas de espera y hospitalización de pacientes, sobre los mismos temas del cliente interno y se espera evidenciar mayor satisfacción de la atención en la percepción de los usuarios y la disminución de PQRS donde se adelanten las actividades.

Por último, se espera formar un grupo de mínimo 20 líderes de humanización que puedan mantener y potencializar la estrategia en toda la Subred sur.

- El presente documento requiere ajuste, ya que relaciona en su alcance abarcar por lo menos un 80% del talento humano de la entidad y en su política establece la capacitación de 85% con la medición de la adherencia sobre este 85%.
- Incumplimiento al objetivo del Procedimiento Humanizar-te D1-HUM-OD-01 V1: *“Favorecer el entretenimiento y el ocio de personas hospitalizadas, a través del préstamo de libros o visualización de cuentos por medio de tablets o teléfonos”*.
- Durante la actividad de recorrido a las UMHEs Meissen y Tunal, pudo evidenciarse que los pacientes hospitalizados no tienen acceso a libros o dispositivos electrónicos para el desarrollo de la lectura durante su estancia hospitalaria, pudo evidenciarse que el solo el servicio de pediatría cuenta la estrategia de *Rincón Literario*, con libros correspondientes a este grupo etario.

### 3. EVALUACIÓN ESTRATEGIA HUMANIZAR-TE

- Se recibe soportes de capacitaciones brindadas a personal en reinducción, el proceso no presentan archivos o soportes de evaluación de colaboradores en periodo de inducción.
- **Archivo N° 1:** Evaluación Empatía: total personas evaluadas 77, de las cuales 47 colaboradores no dieron cumplimiento al resultado esperado, no se evidencia el plan de mejora o las acciones correctivas a implementar a las desviaciones encontradas.
- **Archivo N° 2:** Evaluación Saludarte: total personas evaluadas 98 de las cuales 41 colaboradores no dieron cumplimiento al resultado esperado, no se evidencia el plan de mejora o las acciones correctiva a implementar a las desviaciones encontradas.
- **Archivo N°3:** Evaluación Humanización: total personas evaluadas 100 de las cuales 18 colaboradores no dieron cumplimiento al resultado esperado, no se evidencia el plan de mejora o las acciones correctiva a implementar a las desviaciones encontradas.

**COMPONENTE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

**1. PLANES DE MEJORA**

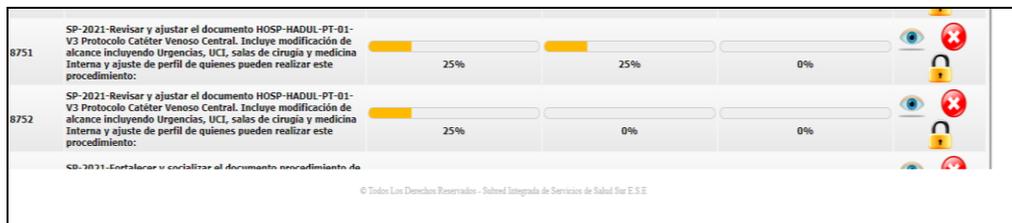
- Plan de Mejora implementado en “Mesa de Análisis Sucesos de Seguridad Urgencias Meissen Abril”, acción correctiva que no corresponde con la oportunidad de mejora detectada.

# OPORTUNIDAD DE MEJORA	OPORTUNIDAD DE MEJORA	ACCIONES	ESTADO ACCION	FECHA INICIAL	FECHA FINAL	% CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES CUMPLIMIENTO	
1	Fortalecer y socializar el documento procedimiento de triage incluye modificación de alcance a servicio de urgencias y ajuste de perfil de quienes pueden realizar este procedimiento.	Planear	Definir cronograma de socialización de procedimiento de triage	Abierta	20/04/2021	15/06/2021	38%	CRONOGRAMA DE SOCIALIZACIÓN Y DESARROLLO DE ESTA ACTIVIDAD, CON MEDICIÓN DE ADHERENCIA Y ACCIONES CORRECTIVAS A LAS DESVIACIONES ENCONTRADAS. PLANEAR Y HACER TIENE DOS ACTIVIDADES QUE NO CORRELACIONAN
		Hacer	Socialización de protocolo de entrega y recibo de turno de enfermería	Abierta	20/05/2021	30/07/2021		
		Verificar	Evaluar la adherencia a protocolo de entrega y recibo de turno de enfermería	Abierta	01/08/2021	30/10/2021		
		Actuar	Definir acciones acorde a las desviaciones encontradas	Abierta	01/11/2021	15/12/2021		
1	Fortalecer y socializar la resolución 1995/1999. Al personal asistencial del servicio de urgencias	Planear	Realizar de manera articulada con subgerencia de prestación de servicios y Seguridad del paciente cronograma de capacitación sobre responsabilidad medico legal	Abierta	15/05/2021	15/06/2021	0%	CRONOGRAMA DE SOCIALIZACIÓN Y DESARROLLO DE ESTA ACTIVIDAD, CON MEDICIÓN DE ADHERENCIA Y ACCIONES CORRECTIVAS A LAS DESVIACIONES ENCONTRADAS.
		Hacer	Ejecutar la capacitación acorde a cronograma	Abierta	20/06/2021	30/09/2021		
		Verificar	Realizar seguimiento a la ejecución de la capacitación con medición de cobertura	Abierta	01/10/2021	30/11/2021		

  <b>Subred Integrada de Servicios de Salud SUR E.S.E</b> 							
0%	0%	0					
ACCIONES DE MEJORA INSCRITAS							
ID ACCION	TIPO ACCION	DESCRIPCION DE LA ACCION	ESTADO ACCION	SEGUIMIENTO PRIMERA LINEA DE DEFENSA	ESTADO SEGUNDA LINEA DE DEFENSA	SEGUIMIENTO CUMPLIMIENTO SEGUNDA LINEA DE DEFENSA	SEGUIMIENTO CUMPLIMIENTO INDICADOR
14243	PLANEAR	Definir cronograma de socialización de procedimiento de triage	PENDIENTE		PENDIENTE		
14244	HACER	Socialización de protocolo de entrega y recibo de turno de enfermería	PENDIENTE		PENDIENTE		
14245	VERIFICAR	Evaluar la adherencia a protocolo de entrega y recibo de turno de enfermería	PENDIENTE		PENDIENTE		
14246	ACTUAR	Definir acciones acorde a las desviaciones encontradas	PENDIENTE		PENDIENTE		

- Plan de Mejora implementado en “Mesa de Análisis Sucesos de Seguridad urgencias Meissen abril”, a la fecha con un cumplimiento del 38%, con una oportunidad de mejora con 0% de avance y sin soportes que den cuenta del desarrollo de las actividades ejecutadas a la fecha.
- Plan de Mejora implementado en “Mesa de Análisis Neumotórax”, a la fecha con un cumplimiento del 43%, sin soportes que den cuenta del desarrollo de las actividades ejecutadas a la fecha.

PLAN DE MEJORA	OPORTUNIDAD DE MEJORA	ACCIONES	ESTADO ACCION	FECHA INICIAL	FECHA FINAL	% CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES SEGUIMIENTO
Mesa de analisis Neumotorax	Revisar y ajustar el documento HOSP-HADUL-PT-01-V3 Protocolo Catéter Venoso Central. Incluye modificación de alcance incluyendo Urgencias, UCI, salas de cirugía y medicina Interna y ajuste de perfil de quienes pueden realizar este procedimiento.	Planear Revisar y actualizar protocolo paso de catéter central y crear lista de chequeo	ABIERTO	16/02/2021	30/04/2021	38%		
		Hacer Normalización documento con sus respectivos ajustes	ABIERTO	01/04/2021	30/04/2021			
		Verificar socialización de documento con sus respectivos ajustes	ABIERTO	30/04/2021	30/07/2021			
		Actuar Medición de adherencia a la implementación en paso de catéter venoso central	ABIERTO	01/05/2021	30/08/2021			
Mesa de analisis	Revisar y ajustar el documento HOSP-HADUL-PT-01-V3 Protocolo Catéter Venoso Central. Incluye modificación de alcance incluyendo Urgencias, UCI, salas de cirugía y medicina Interna y ajuste de perfil de quienes pueden realizar este procedimiento.	Planear Creación de lista de chequeo de seguridad paso de catéter central	ABIERTO	16/02/2021	30/04/2021	50%		
		Hacer Normalización de la lista de chequeo con los ajustes pertinentes	ABIERTO	01/04/2021	30/04/2021			
		Verificar Medición de adherencia a la implementación en paso de catéter venoso central	ABIERTO	01/09/2021	30/11/2021			
		Actuar Tomar las medidas correctivas que permitan alcanzar las metas establecidas en la política	ABIERTO	01/09/2021	30/11/2021			



Subred Integrada de Servicios de Salud SUR E.S.E							
ACCIONES DE MEJORA INSCRITAS							
ID ACCION	TIPO ACCION	DESCRIPCION DE LA ACCION	ESTADO ACCION	SEGUIMIENTO PRIMERA LINEA DE DEFENSA	ESTADO SEGUNDA LINEA DE DEFENSA	SEGUIMIENTO CUMPLIMIENTO SEGUNDA LINEA DE DEFENSA	SEGUIMIENTO CUMPLIMIENTO INDICADOR
14235	PLANEAR	Revisar y actualizar protocolo paso de catéter central y crear lista de chequeo	CUMPLIDA		CUMPLIDA		
14236	HACER	Normalización y socialización de documento con sus respectivos ajustes	PENDIENTE		PENDIENTE		
14237	VERIFICAR	Medición de adherencia a la implementación en paso de catéter venoso central.	PENDIENTE		PENDIENTE		
14238	ACTUAR	Tomar las medidas correctivas que permitan alcanzar las metas establecidas en la política	PENDIENTE		PENDIENTE		

- Plan de Mejora implementado en "Mesa de Análisis suceso 220 de seguridad", a la fecha con un cumplimiento del 38%, sin soportes que den cuenta del desarrollo de las actividades ejecutadas y documento *trasferencia efectiva del paciente* que tiene por establecer ajustes en su contenido, no se encuentra publicado. Se aclara que la ejecución de esta actividad corresponde a la Subgerencia de Prestación de Servicios, proceso Urgencias y a la oficina de calidad como segunda línea velar por el cumplimiento de la misma.

H	I	P	Q	R	S	T	U	V	W
PROCESO(S) RESPONSABLE(S)	ANÁLISIS DE CAUSA	ACCIONES		RESPONSABLE DE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	ESTADO ACCIÓN	FECHA INICIAL	FECHA FINAL	TIPO DE INDICADOR	NOMBRE INDICADOR
APH direccion urgencias	Protocolo de Londres	Planear	Ajustar documento de transferencia efectiva del paciente	urgencias aph	abierta	01/04/2021	30/05/2021	EFFECTIVIDAD	50%
		Hacer	socialización y Despliegue a Colaboradores aph	urgencias aph	abierta	01/06/2021	15/08/2021		
		Verificar	Medir cobertura de socialización	urgencias aph	abierta	20/08/2021	30/11/2021		
		Actuar	Generar acciones a desviaciones encontradas	urgencias aph	abierta	01/12/2021	25/12/2021		
direccion urgencias	Protocolo de Londres	Planear	Establecer estrategia para seguimiento de registros clínicos médicos	Urgencias	abierta	01/04/2021	30/05/2021	EFFECTIVIDAD	38%
		Hacer	desplegar estrategia al servicio con muestra	Urgencias	abierta	01/06/2021	19/08/2021		
		Verificar	establecer indicador	Urgencias	abierta	20/08/2021	30/11/2021		
		Actuar	Generar acciones a desviaciones encontradas	Urgencias	abierta	01/12/2021	25/12/2021		

## 2. PLAN DE ACCIÓN 2021

- Incumplimiento “Estrategia de divulgación política de seguridad del paciente, donde se propone articulación con profesionales de enlace de unidades”.
- A la fecha no se cuenta con soportes que den evidencia del trabajo realizado por parte de los profesionales de enlace con sus grupos de colaboradores.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE				
PLANES DE ACCIÓN POR PROCESOS - INSTITUCIONAL				
PLAN DE ACCIÓN	PROPUESTA PLAN DE ACCION 2021			FECHA DEL PLAN:
OBJETIVOS	METAS	ACTIVIDADES	INDICADOR	RESPONSABLE
Socializar la política ajustada a programa seguridad del paciente con en el plan de desarrollo 20-24 en unidades de Servicios de Salud de Subred Integrada de Servicios de salud Sur.	Cobertura mayor al 90% en colaboradores subred sur por unidad Evaluación de apropiación de conocimiento en política de seguridad del paciente proporción mayor a 90%	*Planear:Revisión y ajuste de política de seguridad del paciente acorde a plan de desarrollo 20-24 *Hacer:Aprobación del ajuste de política aprobación estrategia de divulgación donde se propone articulación con profesionales de enlace de unidades *Verificar:De manera trimestral presentar el consolidado de cobertura y evaluación de política. *Actuar:Con relacion a las desviaciones encontradas	Cobertura trimestral de capacitación 20% de población objeto 3500 Cobertura trimestral de evaluación de la política 20% población objeto 3500(confirmar personal asistencial)	Programa seguridad del paciente
	Adherencia mayor al 75% de buenas	*Planear: Documentar en plan de acción del programa las buenas practicas priorizadas de acuerdo a oportunidades de mejora por fechas y unidades		

- Incumplimiento a la formulación política de resarcimiento, documentación, presentación y aprobación de los lineamientos de resarcimiento derivados de eventos adversos graves o centinelas.

Formular y documentar los lineamientos para el Protocolo de resarcimiento	Cobertura mayor al 90% en colaboradores de subred sur por direcciones .	Planear: Formular con directores de servicio los lineamientos para establecer la política de resarcimiento Articulación con jurídica y financiera? Hacer: Documentar, presentar y aprobar los lineamientos de resarcimiento derivados de eventos adversos graves o centinelas Verificar: Presentar de manera semestral la cobertura de socialización por direcciones Actuar:Plan de acción para cumplimiento de meta propuesta	Cobertura semestral de socialización mayor o igual al 50% por dirección	programa seguridad del paciente
Aprobar estrategias (aplicativos) y		Planear: creación del aplicativo para fortalecimiento de reporte y gestión de análisis Establecer las estrategias:videos,piezas de escritorio,boletines Articulación con comunicaciones para ajuste y divulgación		Programa

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SALUD <small>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.</small>	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.</b> <b>SEGURIDAD DEL PACIENTE “CUIDÁNDOTE ME CUIDO”</b>	<b>MI-GCE-SDP-PP-01 V6</b>
<p>Dentro de los eventos que están afectando negativamente a los usuarios de la Subred sur, de acuerdo al análisis de sucesos de seguridad, así como de los diferentes mecanismos de escucha se encuentran:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cancelación de citas sin previo aviso al usuario</li> <li>• No entrega de medicamentos según plan de beneficios y contrato establecido con la administradora de planes de beneficio.</li> <li>• Inadecuada remisión a los diferentes servicios</li> <li>• Incumplimiento con la estrategia de atención prioritaria a poblaciones especiales.</li> <li>• Fallas en la atención que generen lesión en el usuario.</li> </ul> <p>Por lo anterior se adopta la política de resarcimiento con el usuario, con el fin de enmendar la situación presentada de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con relación a la cancelación de citas y/o procedimientos sin previo aviso, la subred está en la disposición de otorgarle una nueva cita en el horario y día que más le convenga. Esta cita no requerirá asistencia del paciente para su nueva asignación. Se realizará por medio de contacto telefónico y se garantizará la atención en el horario y día asignado de forma puntual.</li> <li>• Con relación a la no entrega de medicamentos contemplados en el plan de beneficios y en el contrato con el asegurador del paciente, el hospital le garantizará la entrega en la sede más cercana a su domicilio posterior al trámite correspondiente para la consecución del fármaco requerido.</li> <li>• Cada colaborador o profesional que está implicado en el retraso, en una actitud inadecuada</li> </ul>		

### 3. BASE EVENTOS ADVERSOS

- Notificación tardía de reporte de eventos adversos (reporte voluntario): Entre la fecha de ocurrencia del suceso y la fecha de reporte, el tiempo estimado va desde una semana, quince días, un mes hasta tres meses, (29993107), situación que afecta la oportunidad en la intervención y por ende la persistencia de ese tipo de eventos.
- Teniendo en cuenta que son pacientes de larga estancia hospitalaria (uci), se detecta el suceso y se reporta hasta un mes después.
- Inconsistencias en algunas de las fechas de ejecución de las acciones correctivas implementadas y el seguimiento de las mismas sobre los planes de mejora a los sucesos de seguridad presentados.

MEJORA Y SEGUIMIENTO			
REGISTRE NOMBRE COMPLETO Y CARGO DEL RESPONSABLE DE EJECUTAR LA SOLUCIÓN	REGISTRE LA FECHA LIMITE DE EJECUCION DE LA SOLUCIÓN	REGISTRE FECHA DE REALIZACION DE SEGUIMIENTO	REGISTRE NOMBRE COMPLETO Y CARGO PARA REALIZAR EL SEGUIMIENTO
COORDINACIÓN ENFERMERIA, SEGURIDAD DEL PACIENTE	30/02/2021	30/2/2021	COORDINACION DE ENFERMERIA, SE
REFERENTE DE ENLACE	11/3/2021	11/3/2021	SEGURIDAD DEL PACIENTE

Base unificada enero – junio 2021.

- Se evidencia en la ficha del indicador cuya fuente de la información es la “Base de datos del programa seguridad del Paciente”, que para el mes de enero, el reporte de los eventos adversos en esta base está por encima del número reportado en la ficha del indicador.

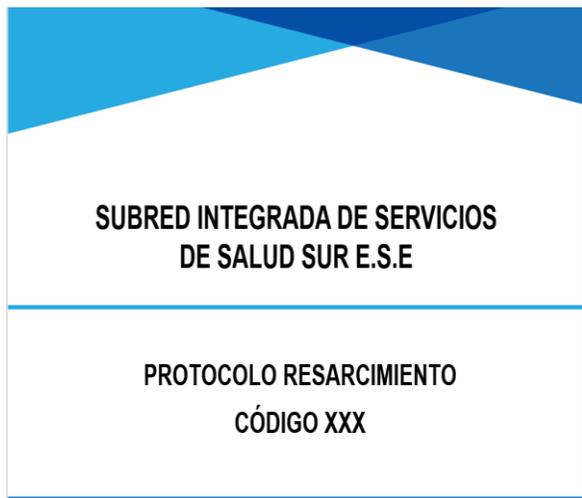
VARIABLES DEL INDICADOR		NUMERADOR		DENOMINADOR		RESULTADO	ANÁLISIS
MES	META	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO	ANÁLISIS		
Enero	1,00	56	56	100%	En Enero de 2021 se reportaron 132 sucesos de seguridad de los cuales 56 fueron eventos adversos prevenibles los cuales se analizaron según la metodología institucional al 100%		
Febrero	1,00	141	141	100%	En Febrero de 2021 se reportaron 212 sucesos de seguridad de los cuales 141 fueron eventos adversos los cuales se analizaron según la metodología institucional al 100%		
Marzo	1,00	137	137	100%	En Marzo de 2021 se reportaron 244 sucesos de seguridad de los cuales 137 fueron eventos adversos los cuales se analizaron según la metodología institucional al 100%		
Abril	1,00	132	132	100%	En Abril de 2021 se reportaron 263 sucesos de seguridad de los cuales 132 fueron eventos adversos los cuales se analizaron según la metodología institucional al 100%		
Mayo	1,00	145	145	100%	En Mayo de 2021 se reportaron 289 sucesos de seguridad de los cuales 145 fueron eventos adversos los cuales se analizaron según la metodología institucional al 100%		
Junio	1,00	146	146	100%	En Junio de 2021 se reportaron 269 sucesos de seguridad de los cuales 146 fueron eventos adversos prevenibles los cuales se analizaron según la metodología institucional al 100%		
Julio	1,00						
Agosto	1,00						
Septiembre	1,00						
Octubre	1,00						
Noviembre	1,00						
Diciembre	1,00						
<b>TOTALES</b>	<b>100%</b>	<b>61100%</b>	<b>12617%</b>	<b>100,00%</b>			

MES	FICHA DEL INDICADOR	BASE GENERALIZADA
ENERO	56	79

4. La ficha correspondiente al indicador “Gestión del Evento Adverso”, debe ser específica en que la gestión del evento adverso se realiza solo sobre los eventos prevenibles.

**GESTIÓN DOCUMENTAL**

- La entidad no tiene establecido el manejo frente al Resarcimiento de los Evento Adversos: Procedimiento no se encuentra en la documentación externa, el programa de seguridad del paciente aporta un documento preliminar, el cual aún se encuentra en proceso de construcción.



N°	?	QUIEN		DOCUMENTO ASOCIADO Y/O GENERADO (REGISTROS)
1	<b>Reporte inmediato del evento adverso de acuerdo al protocolo</b>	Colaborador o jefe inmediato del servicio donde ocurre el evento.	Por medio de los canales establecidos por la sub red para realizar el reporte	Documento de reporte
2	<b>Análisis del evento</b>	Notificado el evento y clasificado, el líder de seguridad del paciente convoca a reunión	Se realiza análisis de lo sucedido, identificando las posibles causas de su ocurrencia y estableciendo el tratamiento a seguir un plan de mejoramiento y acciones correctivas.	Informe entregado por el grupo de análisis.
3	<b>Aprobación de cumplimiento de criterios de resarcimiento</b>	Subgerencia de prestación de servicios Equipo que analiza el caso Seguridad del Paciente	Presencia de eventos que ocasiona lesión o daño al paciente durante la prestación del servicio (Evento grave y/o centinela)	Acta de reunión o mesa de trabajo en donde se expone el resarcimiento a entregar de acuerdo al caso
			Cuando el usuario sufre pérdida funcional y requiere	

En el análisis de la base de eventos adversos aportados por el proceso se encuentra un total de eventos reportados 1021, de los cuales 454 son prevenibles y de estos 212, están caracterizados como caídas y los otros 242 están distribuidos entre otras características.

Razón por la que se tomó el evento caídas para verificar mediante visitas técnicas a las sedes seleccionadas, los factores condicionantes que pueden estar favoreciendo dicho evento.

**VISITAS TÉCNICAS**

Se efectuó visitas técnicas a las UMHES Meissen y Tunal, los días 7 y 10 de septiembre y a continuación se relacionan las observaciones a tener en cuenta.

**1. UMHES MEISSEN**

Sexto norte:

- Se cuenta con la instalación de timbre en todas las habitaciones, pero estos no están funcionando.
- El servicio cuenta con dos sillas de ruedas, las cuales son también utilizadas para el traslado de pacientes programados a cirugía y en este servicio pueden permanecer ocupadas por varias horas antes de la intervención, por lo que durante el turno no se cuenta con estas sillas y el traslado de los pacientes hospitalizados debe hacerse apoyados de la auxiliar de enfermería.
- Baños con deterioro del antideslizante o falta total de este
- Duchas sin agarradero

Sexto Sur:

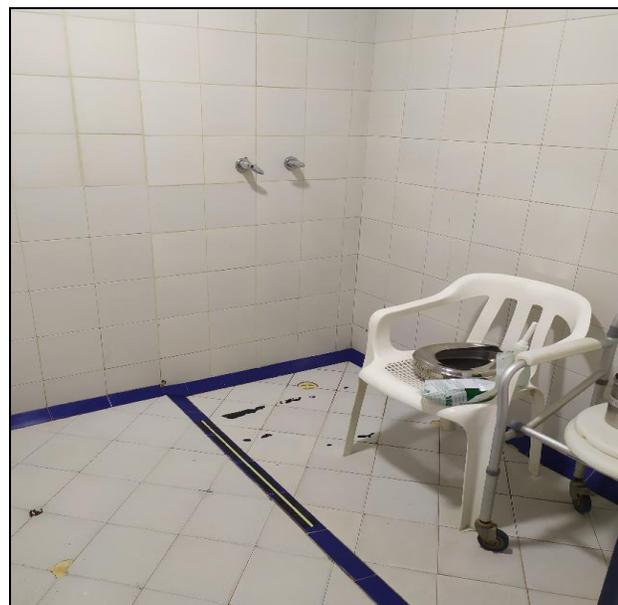
 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SALUD <small>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E</small>	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E</b>		 <b>BOGOTÁ</b>
	<b>INFORME EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y/O REPORTE DE LEY</b>	<b>GP-GPA-FT-02 V1</b>	

- No se cuenta con pato silla
- Insuficiencia de sillas de ruedas para el traslado de pacientes.
- Sillas de ruedas sin apoya pies
- Se le indaga al usuario sobre el manejo de timbre para llamado, a lo que refiere que no conoce ubicación y funcionamiento del mismo.
- Se revisa historia clínica y no se evidencia valoración de escala de riesgo de caída desde el ingreso a urgencia.
- Servicio de pediatría no cuenta con soporte para colocación de la tina para el baño del bebe y la actividad se realiza colocando la tina en el piso.
- Baños con deterioro del antideslizante o falta total de este.
- Duchas sin agarradero

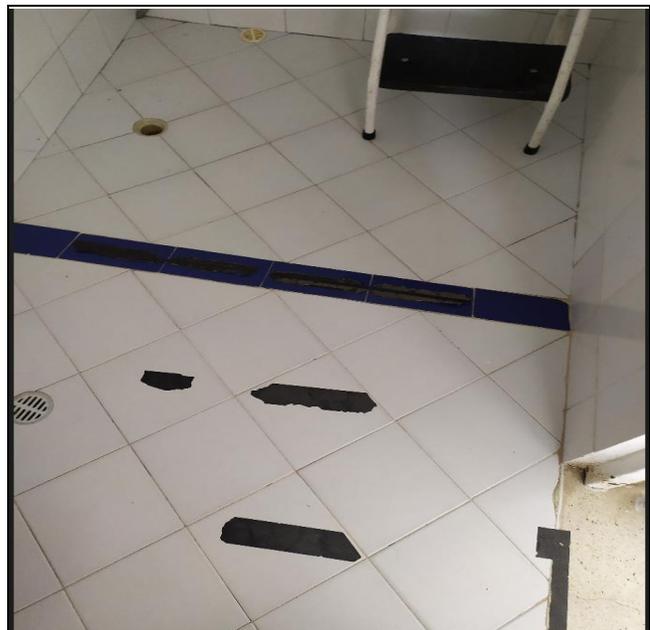
Servicio de urgencias Meissen:

- Las barandas de las camillas de urgencias no suben, otras no bajan.
- No hay funcionamiento de frenos
- Timbre de llamado a enfermería sin funcionamiento desde hace 8 meses,
- A la revisión de historias clínicas no se evidencia valoración de la escala de riesgo a las 24 horas.
- Servicio de ambulancias, dejan camillas con pacientes en el piso, obstaculizando la circulación y generando riesgo de caída.
- Historia clínica 17497093 (Rigoberto Cabunzo).

#### REGISTRO FOTOGRAFICO UMHES MEISSEN



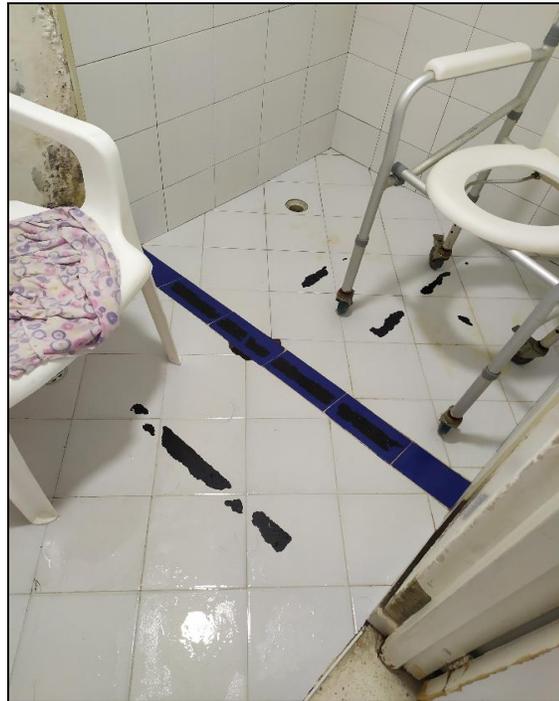
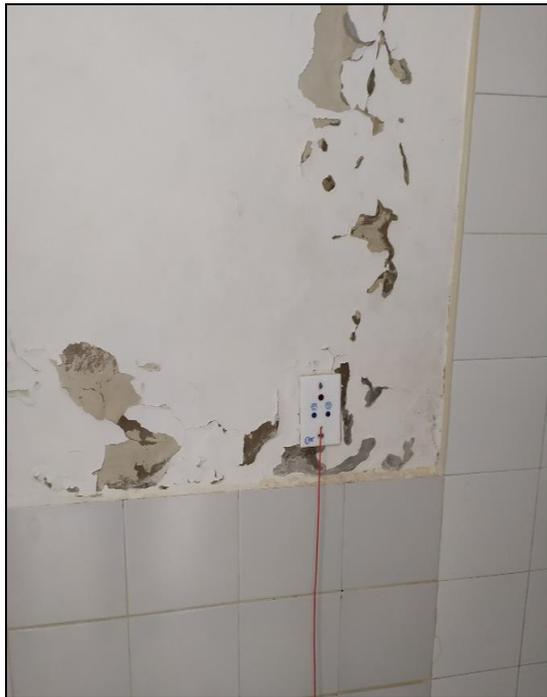
*Baños del servicio observación UMHES Meissen, sin antideslizante, con antideslizante en mal estado, sin agarradera en duchas y sanitario.*



Baños de pediatría



*Pediatría*



*Baños Sexto sur*



Antideslizante en mal estado, sin desnivel para el descenso del agua, lo que ocasiona el represamiento y la generación de riesgos de caída.



Camilla sin barandas en pasillo de urgencias



Paciente en servicio de urgencias, con clasificación en tablero como riesgo alto, sin embargo su manilla es de color blanca, en historia clínica también se encuentra clasificada como riesgo alto.

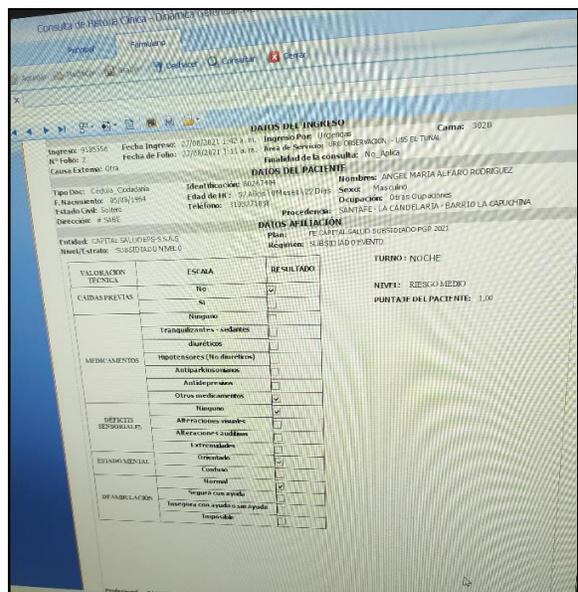
<p>Sur E.S.E. Centro de Atención: ME - USS MEISSEN NIT: 900958564</p>			<p>Actual: martes, 07 septiembre 2</p>																																																		
<p><b>DATOS DEL INGRESO</b> Ingreso: 9229188 Fecha Ingreso: 04/09/2021 8:08 a.m. Ingreso Por: Urgencias Cama: 103 Nº Folio: 87 Fecha de Folio: 06/09/2021 10:56 a.m. Área de Servicio: URG OBSERVACION - USS MEISSEN Causa Externa: Otra Finalidad de la consulta: No_Aplica</p>			<p>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud <b>NOTA CLINICA SOLICITUD APOYO DIAGNOSTICO Y FORMULACION</b> Sur E.S.E. NIT: 900958564 Centro de Atención: ME - USS MEISSEN Tipo de HC: I</p>																																																		
<p><b>DATOS DEL PACIENTE</b> Tipo Docs: Cédula Ciudadana Identificación: 52156573 Nombre: DAMARIS RODRIGUEZ E. Nacimiento: 13/03/1975 Edad de HC: 46 Años 15 Meses 122 Días Sexo: Femenino Estado Civil: Soltero Teléfono: 3123978437 Ocupación: Otras Ocupaciones Dirección: CARRERA 45 B BIS 68 C 45 SUR Procedencia: CIUDAD BOLIVAR - JERUSALEM - SECTOR</p>			<p><b>DATOS DEL INGRESO</b> Ingreso: 9229188 Fecha Ingreso: 04/09/2021 8:08 a.m. Ingreso Por: Urgencias Cama: 103 Folio: 88 Fecha de Folio: 06/09/2021 10:56 a.m. Área de Servicio: URG OBSERVACION - USS MEISSEN Causa Externa: Enfermedad_General Finalidad de la consulta: No_Aplica</p>																																																		
<p><b>DATOS AFILIACIÓN</b> Entidad: SALUD TOTAL SA EPS Plan: SALUD TOTAL EPS CONTRIBUTIVA Nivel/Estrato: CONTRIBUTIVO CAT A Régimen: CONTRIBUTIVO</p>			<p><b>DATOS DEL PACIENTE</b> Tipo Docs: Cédula Ciudadana Identificación: 52156573 Nombre: DAMARIS RODRIGUEZ AVEA E. Nacimiento: 13/03/1975 Edad de HC: 46 Años 15 Meses 124 Días Sexo: Femenino Estado Civil: Soltero Teléfono: 3123978437 Ocupación: Otras Ocupaciones Dirección: CARRERA 45 B BIS 68 C 45 SUR Procedencia: CIUDAD BOLIVAR - JERUSALEM - CANDELARIA LA NUEVA SECTOR</p>																																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>VALORACION TECNICA</th> <th>ESCALA</th> <th>RESULTADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">CAIDAS PREVIAS</td> <td>No</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Si</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td rowspan="5">MEDICAMENTOS</td> <td>Ninguno</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Tranquilizantes - sedantes</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>diuréticos</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hipotensores (No diuréticos)</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Antiparkinsonianos</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">DEFECTOS SENSORIALES</td> <td>Antidepresivos</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Otros medicamentos</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ninguno</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">ESTADO MENTAL</td> <td>Alergias visuales</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Alteraciones auditivas</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">DEAMBULACION</td> <td>Extremidades</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Orientado</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td rowspan="3"></td> <td>Confuso</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Normal</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Segura con ayuda</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td rowspan="2"></td> <td>Insegura con ayuda o sin ayuda</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Imposible</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>			VALORACION TECNICA	ESCALA	RESULTADO	CAIDAS PREVIAS	No	<input checked="" type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	MEDICAMENTOS	Ninguno	<input type="checkbox"/>	Tranquilizantes - sedantes	<input type="checkbox"/>	diuréticos	<input type="checkbox"/>	Hipotensores (No diuréticos)	<input type="checkbox"/>	Antiparkinsonianos	<input type="checkbox"/>	DEFECTOS SENSORIALES	Antidepresivos	<input type="checkbox"/>	Otros medicamentos	<input checked="" type="checkbox"/>	Ninguno	<input type="checkbox"/>	ESTADO MENTAL	Alergias visuales	<input type="checkbox"/>	Alteraciones auditivas	<input type="checkbox"/>	DEAMBULACION	Extremidades	<input checked="" type="checkbox"/>	Orientado	<input checked="" type="checkbox"/>		Confuso	<input type="checkbox"/>	Normal	<input type="checkbox"/>	Segura con ayuda	<input checked="" type="checkbox"/>		Insegura con ayuda o sin ayuda	<input type="checkbox"/>	Imposible	<input type="checkbox"/>	<p><b>DATOS AFILIACIÓN</b> Entidad: SALUD TOTAL SA EPS Plan: SALUD TOTAL EPS CONTRIBUTIVA Nivel/Estrato: CONTRIBUTIVO CAT A Régimen: CONTRIBUTIVO</p>		
VALORACION TECNICA	ESCALA	RESULTADO																																																			
CAIDAS PREVIAS	No	<input checked="" type="checkbox"/>																																																			
	Si	<input type="checkbox"/>																																																			
MEDICAMENTOS	Ninguno	<input type="checkbox"/>																																																			
	Tranquilizantes - sedantes	<input type="checkbox"/>																																																			
	diuréticos	<input type="checkbox"/>																																																			
	Hipotensores (No diuréticos)	<input type="checkbox"/>																																																			
	Antiparkinsonianos	<input type="checkbox"/>																																																			
DEFECTOS SENSORIALES	Antidepresivos	<input type="checkbox"/>																																																			
	Otros medicamentos	<input checked="" type="checkbox"/>																																																			
	Ninguno	<input type="checkbox"/>																																																			
ESTADO MENTAL	Alergias visuales	<input type="checkbox"/>																																																			
	Alteraciones auditivas	<input type="checkbox"/>																																																			
DEAMBULACION	Extremidades	<input checked="" type="checkbox"/>																																																			
	Orientado	<input checked="" type="checkbox"/>																																																			
	Confuso	<input type="checkbox"/>																																																			
	Normal	<input type="checkbox"/>																																																			
	Segura con ayuda	<input checked="" type="checkbox"/>																																																			
	Insegura con ayuda o sin ayuda	<input type="checkbox"/>																																																			
	Imposible	<input type="checkbox"/>																																																			
<p><b>JUSTIFICACIÓN</b> Paciente persiste alérgica, se beneficia de valoración y concepto por Clínica del dolor, se solicita interconsulta.</p>			<p><b>IMPRESION DIAGNOSTICA</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Código</th> <th>Descripción</th> <th>Dx Princip</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>S420</td> <td>FRACTURA DE LA CLAVICULA</td> <td>Ppal</td> </tr> </tbody> </table>			Código	Descripción	Dx Princip	S420	FRACTURA DE LA CLAVICULA	Ppal																																										
Código	Descripción	Dx Princip																																																			
S420	FRACTURA DE LA CLAVICULA	Ppal																																																			

Usuario de urgencias con fecha de ingreso del día 04/09/2021, a quien no se le encuentra actualización en historia clínica de escala de riesgo de caída.



Rincón Literario Pediatría

**REGISTRO FOTOGRAFICO UMHS TUNAL**



Usuario clasificado en tablero como riesgo medio, sin embargo solo porta la manilla de color blanca, a la entrevista con el usuario refiere que es hipertenso, en tratamiento con losartan cada 12 horas, situación que pudo verificarse por historia clínica.





ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SALUD  
Subred Integrada de Servicios  
de Salud Sur E.S.E

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

INFORME EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y/O  
REPORTE DE LEY

GP-GPA-FT-02 V1



**RÓTULO DE IDENTIFICACIÓN SEGURA DEL PACIENTE**

08/09/21 **Cx 6 canal**  
**DEVID QUINTERO ROMERO**  
102302556  
24 55  
1.75 433  
**FAMISANAR**

ALÉRGICO SI  LA QUÉ?

RIESGO DE CAÍDA  MODERADO  ALTO

RIESGO DE INFECCIÓN  NO ACUÁL?

RIESGO DE ÚLCERA POR PRESIÓN  MEDIO  ALTO

**ESCALA DE MEDICIÓN DEL DOLOR**

12  
9 3  
6

ESTÁNDAR CONTACTO GOTA AEROSOL

CAMBIO POSICIÓN

Usuario con tubo de tórax, manilla blanca, clasificación bajo riesgo

424

MEDICAMENTO	DOSES	VÍA	FRECUENCIA	MAÑANA	TARDE	NOCHE	FRÍAS
Bisacodilo	5mg	VO	cl/h	08		20	
Oxipropolol	20mg	VO	cl/h	08		06	
clorpromet	2gr	IV	cl/h	08	16	24	28-07-21
Acetaminofén	1gr	VO	cl/h	08	16	24	
ACTM + hidromorfo	1tab	VO	cl/h	8	14	20	2002
Metoprolol	10mg	VO	cl/h	08	16	24	
Linclohid	600mg	IV	cl/h	08		20	28-07-21
Oxiprona	2gr	IV	cl/h	8	16	00	sigue →

Aérgica → Vancomicina - rnc

Usaria con medicamento hidromorfo

Consulta de Historia Clínica

100%

Entidad: CAPITAL SALUD EPS-S.S.A.E

Nivel/Estrato: SUBSIDIADO NMBL 1

Procedente: CIUDAD BOLIVAR - VENEZIA - EDIFICIO PARRERA DE COLOMBOS

Plan: EL CAPITAL SALUD SUSTENTADO VEP 2011

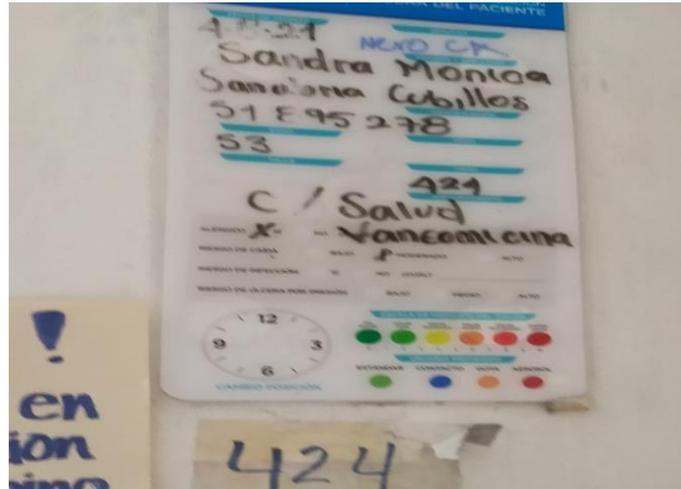
Regimen: SI (SUSCRIPTO EVENTO)

TURNO: MAÑANA

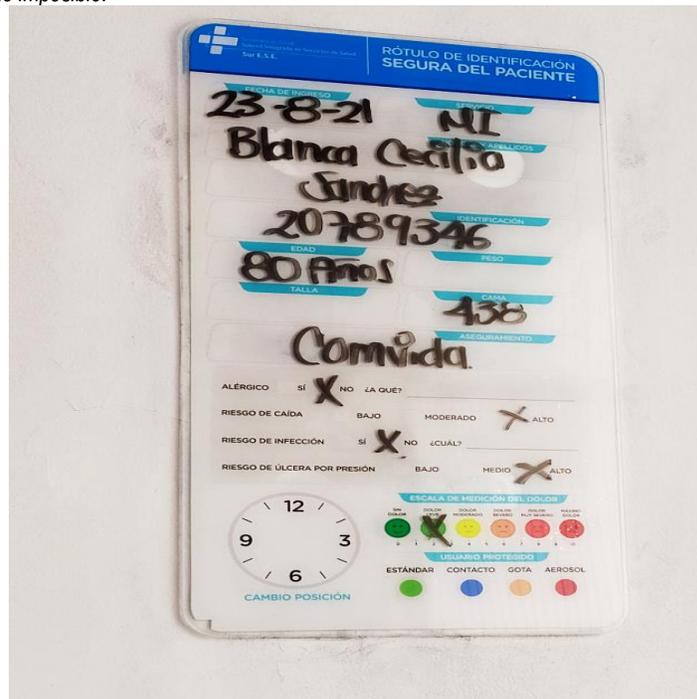
NIVEL: MEDIO MEDIO

PUNTAJE DEL PACIENTE: 2.68

VALORACIÓN TÉCNICA	ESCALA	RESULTADO
CAÍDAS PREVENTAS	No	<input checked="" type="checkbox"/>
	SI	<input type="checkbox"/>
	NINGUNO	<input type="checkbox"/>
MEDICAMENTOS	Tranquilizantes - sedantes	<input type="checkbox"/>
	diuréticos	<input type="checkbox"/>
	Hipotensores (No diuréticos)	<input type="checkbox"/>
	Antiagregantes	<input type="checkbox"/>
	Anti-epilépticos	<input type="checkbox"/>
	Otros medic. crónicos	<input type="checkbox"/>
	NINGUNO	<input checked="" type="checkbox"/>
DEFICITS SENSORIALES	Alteraciones visuales	<input type="checkbox"/>
	Alteraciones auditivas	<input type="checkbox"/>
	Tactotiles	<input type="checkbox"/>
	Olfativos	<input type="checkbox"/>
ESTADO MENTAL	Confuso	<input type="checkbox"/>
	Normal	<input checked="" type="checkbox"/>
DEAMBULACIÓN	Seguro con ayuda	<input type="checkbox"/>
	Inseguro con ayuda sin ayuda	<input type="checkbox"/>
	Inmovilizable	<input type="checkbox"/>



Usaria con clasificación riesgo moderado, con diagnóstico de Neurocirugía, ubicada en cama que no cuenta con timbre, con clasificación en movilidad como imposible.



Usaria clasificación alto riesgo, manilla roja, cuenta con compañía permanente, se entrevista a su hija, sobre conocimiento del riesgo de caída de su familiar, a lo que refiere que no se le ha brindado educación sobre este y así mismo desconoce ubicación y uso del timbre de llamado a enfermería. Se revisa historia clínica y en la escala de valoración de riesgo se encuentra clasificación de riesgo moderado, se revisa tratamiento instaurado, encontrándose que la paciente está siendo manejada con antihipertensivos.



**DATOS DEL INGRESO**  
 Cama: 302  
 Fecha Ingreso: 27/08/2021 10:03 a. m. Ingreso Por: Urgencias  
 Fecha de Folio: 01/09/2021 9:48 p. m. Área de Servicios: UME OBSERVACION - US3 EL TUNAL  
 Finalidad de la consulta: No Aplica

**DATOS DEL PACIENTE**  
 Identificación: 80360364  
 Nombre: JOSE EDUARDO OLARTE OLARTE  
 Sexo: Masculino  
 Edad de HC: 57 Años 19 Meses 10 Días  
 Ocupación: Otras Ocupaciones  
 Ciudad BOLIVAR - VENEZIA - EDIFICIO FABRICA E  
 Teléfono: 3134870412  
 Procedencia:  
**DATOS AFILIACIÓN**  
 Plan: HOSPITAL SALUD SUBSIDIADO PGP 2021  
 Régimen: SUBSIDIADO EVENTO

**VALORACION TECNICA**  
 ESCALA No  RESULTADO  
**CAIDAS PREVIAS** Si   
 Ninguno   
 Tranquilizantes, sedantes   
 diuréticos   
**MEDICAMENTOS** Hipotensores (No diuréticos)   
 Antiparkinsonianos   
 Antidepresivos   
 Otros medicamentos   
 Ninguno   
**DEFICITS SENSORIALES** Alteraciones visuales   
 Alteraciones auditivas   
 Extremidades   
**ESTADO MENTAL** Orientado   
 Confuso   
 Normal   
**DEAMBULACION** Segura con ayuda   
 Insegura con ayuda sin ayuda   
 Imposible

TURNO: NOCHE  
 NIVEL: RIESGO ALTO  
 PUNTAJE DEL PACIENTE: 4.00

Profesional: RIVERA ALVAEZ ROSA HELENA  
 Registro Profesional: 5274229  
 Especialidad: AUXILIAR DE ENFERMERIA

El usuario 80360364: No tiene actualización de escala de riesgo de caída, se encuentra una valoración al ingreso del usuario del 01/09/2021, (fecha de realización del recorrido 10/09/2021).



Hospitalización tercero sur: usuario clasificado en tablero como riesgo medio, sin embargo su manilla es roja



Baño piso tercero sur, sin antideslizantes.

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SALUD <small>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E</small>	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E</b>	
	<b>PREVENCIÓN DE CAÍDAS</b>	<b>MI-GCE-SDP-PT-02 V2</b>
<b>Estado Mental</b>	Confuso	1
	Normal	0
<b>Deambulaci3n</b>	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda o sin ayuda	1
	Imposible	0

Semaforizar los pacientes segun el riesgo de caídas en la parte derecha del tablero de identificaci3n de cada paciente de la siguiente forma:

NIVEL DE RIESGO	PUNTAJE ESCALA DE DOWNTON	SEMAFORIZACION
Riesgo bajo	0	Verde 
Riesgo moderado	1 a 2	Amarillo 
Riesgo alto	3 o más	Rojo 

Todo paciente que este clasificado con un riesgo de caída alto debera ser identificado con manilla de color rojo la cual debe contener los datos de identificaci3n completos dos nombres y dos apellidos y número de identificaci3n.

**OBSERVACIONES**

- Usuario 1023020253: Diagnostico politraumatismo, herida por arma de fuego, shock hipovolémico, habitaci3n 304, con fecha de ingreso 24/07/2021, al revisar historia clínica se encuentra que el usuario no tiene valoraci3n de escala de riesgo de caída.
- Usuario 80360364 a 07/09/2021 con solo una valoraci3n del riesgo de caída del 01/09/2021.
- Usuaría 41386039, clasificaci3n en tablero como riesgo alto, uso de manilla blanca.
- Usuaría 26564069, clasificaci3n en tablero como riesgo moderado, con manilla roja y manejo con antihipertensivos.
- El protocolo de prevenci3n de caídas no es claro frente al manejo del color de la manilla del paciente con riesgo de caída moderado, raz3n por la que el personal de enfermería coloca la manilla roja y otros dejan solo la manilla blanca, por lo que requiere especificaci3n en el procedimiento de prevenci3n de caídas y socializaci3n al personal asistencial.
- No se evidencia el empleo de las barreras de seguridad, ya que en el recorrido pudo constatarse que tanto pacientes como acompaantes, no ubican el timbre y desconocen su funcionamiento.
  
- Evento relacionado con aplicaci3n de vacuna el día 30/06/2021 a usuaria con identificaci3n R.C 1029299445,

consecutivo 1408, presentado en la Unidad De Servicios de Salud El Tunal, será objeto de seguimiento por parte de la OCI, a las acciones correctivas implementadas para dar tratamiento al evento, por lo que se requiere el aporte de estas para el día 21/10/2021.

		AÑOS								
1419	1		Femenino	FE CAPITAL SALUD SUBSIDIADO PGP 2021	12:25:44				La Auxiliar de Enfermería LUZ ANGELA MORALES MOSQUERA , con poca experiencia y escasos conocimientos en los temas del PAI le impide el desarrollo de destrezas habilidades, aptitudes requeridas en este servicio . Por versión de la colaboradora , al atender menor de 18 meses, duda del esquema de vacunación actual y aplica por error vacuna de varicela segundo refuerzo el día 21 de junio de 2021 .Nombre de la menor EMA ANTONELLA LINARES MENDEZ RC 1029299445,afiliada a Capital salud Direccion KR 65 BIS No 65-19 sur ,barrio ista del sol ,Localidad Tunjuelito ,madre: KARLA CAROLINA MENDEZ RAMBA ,CELULAR 3195712833-3022602438.Se hara seguimiento telefonico del caso	LUNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL TL Direccion de Ser
1427	64	AÑOS	Femenino	FE CAPITAL SALUD SUBSIDIADO PGP 2021	05:15:55					LUNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VIST Direccion de Ser

*María de la Cruz Terán Álvarez*  
*Profesional Especializado.*